HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	ENERO 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	**TIPO DE PROCESO**	**LICITACION PUBLICA**	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	**016/2023**

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
385/2023	COCHLEAR COLOMBIA S.A.S	Fecha de suscripción:			13/10/2023
		Valor inicial:	$		3.405.100.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		5.100.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$		1.300.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$		1.300.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2026	$		800.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$		-
		Adiciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		3.405.100.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			342723		122523
			Fecha:		24/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N° 21-44-101427911		
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	08/11/2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM RICARDO SILVA RUEDA		
		Fecha de inicio de contrato	09/11/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			09/11/2023		31/07/2026
		Vigencia del Contrato:			
		Prorrogas:	En tiempo		
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:			
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 (LOTE N° 1 IMPLANTE COCLEAR ULTIMA GENERACION Y LOTE N° 5 IMPLANTE OSTEOINTEGRADO DE ESTIMULACION TRANSCUTANEA IMPLANTABLE) INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE		Dirección: AK 9 No. 115-06, Oficina 1201			
		Teléfono: 3174449341			
		Cuenta Bancaria N°. 17200010126			
		Banco: BANCOLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente
					X

FORMA DE PAGO: El valor del contrato que llegaré a suscribirse se cancelará mediante PAGOS PARCIALES previo informe de supervisión, dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	O8
		Página:		2 DE 3	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
COCHLEAR COLOMBIA S.A.S		N/A	N/A		N/A
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 3.405.100.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**N/A**
VALOR EN LETRAS :	**N/A**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): FACTURACION ENERO 2024 SE ENCUENTRA EN FARMACIA NUEVAS TECNOLOGIAS EN SALUD TRAMITE PERTINENTE

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 5.100.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 5.100.000,00
AÑO 2024	$ 1.300.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.300.000.000,00
AÑO 2025	$ 1.300.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.300.000.000,00
AÑO 2026	$ 800.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 800.000.000,00
VALOR TOTAL	$ 3.405.100.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.405.100.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM RICARDO SILVA RUEDA
NUMERO DE CEDULA: 80.408.996
FIRMA :

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A